



Bébés en santé Allocations prénatales du Manitoba

1^{re} partie - Renseignements personnels

1. Nom de famille _____ Prénom _____ Autres initiales _____
Nom de famille à la naissance (si différent de ci-dessus) _____
2. N° d'appartement _____ N° et nom de rue _____
Case postale _____ Ville ou village _____ Code postal _____
3. N° de téléphone (domicile) _____ Autre numéro _____
4. Quelle est votre date de naissance? (mois/jour/année) _____
5. Nous avons besoin des renseignements figurant sur votre carte de Santé Manitoba pour confirmer que vous vivez au Manitoba.
N° d'immatriculation (six chiffres) _____
Numéro d'identification personnelle (9 chiffres) _____
6. Vous êtes célibataire séparée/divorcée mariée vivant avec un ou une partenaire
Nom du conjoint ou de la conjointe _____ prénom _____
7. Avez-vous un numéro d'assurance sociale? Oui Non
Si oui, veuillez fournir ce numéro. _____
8. Quelle est la date prévue de naissance de votre bébé? (mois/jour/année) _____

Vous devez joindre la déclaration originale signée (pas une photocopie) de votre fournisseur de soins de santé (médecin, infirmière praticienne, infirmière de la santé publique, infirmière de poste de soins infirmiers, sage-femme, etc.) qui confirme votre grossesse ainsi que la date de naissance prévue de votre bébé.

9. S'agit-il de votre première grossesse? Oui Non

Le programme Bébés en santé souhaite joindre le plus grand nombre de personnes au Manitoba. Les renseignements suivants nous aideront à mieux comprendre qui reçoit ces allocations et à déterminer si nous réalisons ou non cet objectif.

10. Consultez-vous régulièrement un fournisseur ou une fournisseuse de soins de santé (docteur, sage-femme, infirmière de santé communautaire ou de la santé publique, etc.)? Oui Non
11. Avez-vous terminé vos études secondaires? Oui Non
 - a. Si vous avez répondu « non », vous avez arrêté entre la 9^e et la 11^e année
 vous êtes encore à l'école arrêté avant la 9^e année?
 - b. Avez-vous fait d'autres études après l'école secondaire? Oui Non

Si vous avez besoin d'aide pour remplir ce formulaire, veuillez composer sans frais le 1 877 587-6224.

Manitoba 

1^{re} partie – continué

12. Êtes-vous d'ascendance autochtone? Oui Non (si vous avez répondu « non », passez à la question 13)

- a. Si vous avez répondu « Oui », êtes-vous Métisse Inuite
 Indienne non inscrite Indienne inscrite

N° de traité _____

- b. Si vous vivez dans une collectivité de Première Nation, quel est le nom de la bande?

13. Êtes-vous arrivée récemment au Canada (au cours des 12 derniers mois)? Oui Non

Si vous avez répondu « oui », quelle est la date de votre arrivée au Canada? _____

A. AUTORISATION DONNÉE AU FOURNISSEUR DE SOINS DE SANTÉ DE DIVULGUER DES RENSEIGNEMENTS SUR MA GROSSESSE

Toutes les demandeuses doivent remplir et signer cette autorisation pour être admissibles au Programme d'allocations prénatales du Manitoba.

J'autorise mon fournisseur de soins de santé à confirmer le fait que je suis enceinte et à communiquer la date prévue de la naissance de mon bébé au personnel du programme Bébés en santé, si celui-ci en fait la demande, et cela à n'importe quel moment avant la date prévue de la naissance.

J'accepte que le programme Bébés en santé transmette cette autorisation et les renseignements contenus dans la présente section à mon fournisseur de soins de santé afin d'obtenir les renseignements dont il a besoin.

Le personnel du programme Bébés en santé utilisera les renseignements fournis par mon fournisseur de soins de santé seulement pour vérifier mon admissibilité continue au Programme d'allocations prénatales du Manitoba et pour l'administration et l'application globales de ce programme. Toute autre utilisation ou divulgation de ces renseignements par le programme Bébés en santé nécessite mon autorisation préalable ou doit être autorisée en vertu de la Loi sur les renseignements médicaux personnels du Manitoba.

Nom de la demandeuse (en lettres moulées) _____

Signature de la demandeuse _____ Date _____
mois/jour/année

B. AUTORISATION DE DIVULGUER LES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS

Le refus de signer ce consentement n'aura aucune conséquence sur l'admissibilité au Programme d'allocations prénatales du Manitoba.

J'autorise le programme Bébés en santé à m'orienter vers des ressources locales en matière de santé et d'aide à la famille en donnant l'information suivante à l'une des personnes ou aux deux personnes suivantes :

- Coordonnateur local du programme Bébés en santé ou du Programme canadien de nutrition prénatale**
 Fournisseur de soins de santé (santé communautaire ou publique)

J'aimerais recevoir ces services en anglais français

Je comprends que l'objectif de cette mise en contact est de m'offrir une aide pendant ma grossesse, mais que je ne suis pas obligée de participer aux programmes offerts, tant en matière de santé que d'aide à la famille.

Toute autre utilisation ou divulgation de ces renseignements par le programme Bébés en santé nécessite mon autorisation préalable ou doit être autorisée en vertu de la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée ou de la Loi sur les renseignements médicaux personnels du Manitoba.

Nom de la demandeuse (en lettres moulées) _____

Date de naissance _____ Adresse _____
mois/jour/année

Numéro de téléphone _____ Date de naissance prévue de mon bébé _____
mois/jour/année

Signature de la demandeuse _____ Date _____
mois/jour/année

2^e partie – Renseignements sur le revenu

Nous avons besoin de renseignements sur votre revenu pour déterminer votre admissibilité aux allocations et, si votre demande est approuvée, pour calculer vos allocations mensuelles. **Si vous recevez une aide au revenu, veuillez remplir la section A. Sinon, passez directement à la section B.**

A. AUTORISATION DE VÉRIFIER QUE JE REÇOIS UNE AIDE AU REVENU

C'est la personne qui fait la demande d'allocations prénatales qui doit signer cette autorisation, même si l'aide au revenu est au nom de son conjoint ou de sa conjointe ou de son père ou de sa mère.

Je consens à ce que le personnel du programme Bébés en santé vérifie que je reçois effectivement une aide au revenu auprès du bureau provincial ou de la bande des Premières Nations dont je relève. J'accepte que le programme Bébés en santé transmette cette autorisation et les renseignements contenus dans la présente section au bureau provincial ou à la bande des Premières Nations dont je relève afin d'obtenir les renseignements dont il a besoin. Le programme Bébés en santé utilisera ces renseignements pour déterminer et vérifier mon admissibilité au Programme d'allocations prénatales du Manitoba, et pour l'administration et l'exécution générales de ce programme. Toute autre utilisation ou divulgation de ces renseignements par le programme Bébés en santé nécessite mon autorisation préalable ou doit être autorisée en vertu de la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée du Manitoba.

Nom de la demandeuse (NOM COMPLET en lettres moulées) _____

Qui vous verse un aide au revenu? Gouvernement provincial No de dossier _____

Gouvernement du Canada/Première Nation – quelle bande _____

Date de naissance _____
mois/jour/année

Signature de la demandeuse _____ Date _____
mois/jour/année

B. AUTORISATION DE DIVULGUER DES RENSEIGNEMENTS SUR L'IMPÔT SUR LE REVENU

Ne remplissez cette section que si vous avez fait une déclaration de revenus. Si vous n'avez pas fait de déclaration de revenus, veuillez appeler notre bureau pour obtenir d'autres instructions.

J'autorise l'Agence du revenu du Canada à transmettre au programme Bébés en santé des renseignements sur ma déclaration de revenus ainsi que toute autre information fiscale me concernant pour l'année d'imposition de base applicable et mon conjoint, ma conjointe, mon conjoint de fait ou ma conjointe de fait en fait autant pour sa déclaration de revenus et les renseignements fiscaux le ou la concernant. L'année d'imposition de base est l'année sur laquelle le Programme d'allocations prénatales du Manitoba, Bébés en santé, s'appuie pour établir mon admissibilité à ces allocations aux termes du Règlement sur les allocations prénatales du Manitoba pris en application de la Loi sur les services sociaux du Manitoba. Cette autorisation est valide pour l'une ou l'autre des deux années d'imposition précédant l'année à laquelle je signe cette autorisation.

Je reconnais que cette autorisation de divulguer des renseignements et les renseignements contenus dans cette case peuvent être transmis à l'Agence du revenu du Canada. Le programme Bébés en santé utilisera les renseignements obtenus auprès de l'Agence du revenu du Canada pour déterminer et vérifier mon admissibilité au Programme d'allocations prénatales du Manitoba, et pour l'administration et l'exécution générales de ce programme. Toute autre utilisation ou divulgation de ces renseignements par le programme Bébés en santé nécessite mon autorisation préalable ou doit être autorisée en vertu de la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée du Manitoba.

Demanderesse

Date de naissance _____ Numéro d'assurance sociale (9 chiffres) _____
mois/jour/année

NOM COMPLET en lettres moulées (nom de famille, prénom, initiale)

Votre signature _____ Date _____
mois/jour/année

Conjoint ou conjoint de fait

Date de naissance _____ Numéro d'assurance sociale (9 chiffres) _____
mois/jour/année

NOM COMPLET en lettres moulées (nom de famille, prénom, initiale)

Signature du conjoint ou de la conjointe _____ Date _____
mois/jour/année

3^e partie – Protection de vos renseignements personnels

En ce qui concerne mes renseignements personnels, je comprends ce qui suit :

1. Les renseignements personnels et médicaux contenus dans la présente demande sont recueillis par le personnel du programme Bébés en santé aux termes du Règlement sur les allocations prénatales du Manitoba pris en application de la Loi sur les services sociaux du Manitoba.
2. Le personnel du programme Bébés en santé utilisera ces renseignements pour vérifier ma demande et déterminer mon admissibilité au Programme d'allocations prénatales du Manitoba, calculer le niveau de mes prestations, prévenir et détecter les fraudes et administrer le programme. Si j'ai signé l'autorisation de divulguer mon nom et mes coordonnées, le programme Bébés en santé transmettra ces renseignements aux personnes indiquées dans l'autorisation travaillant le plus près de chez moi (un coordonnateur ou une coordonnatrice d'un programme d'aide communautaire Bébés en santé ou un fournisseur ou une fournisseuse de soins de santé communautaire ou publique, ou les deux), afin que je puisse avoir accès aux ressources en matière de santé et d'aide à la famille qui existent dans ma collectivité.
3. Le personnel du programme Bébés en santé utilisera ces renseignements aux fins de planification, de recherche et d'évaluation du programme, afin de voir comment se portent les enfants et les familles par la suite.
4. Le personnel du programme Bébés en santé pourrait avoir à donner des renseignements concernant ma demande et les allocations que je reçois dans le cadre du Programme d'allocations prénatales du Manitoba au ministère des Familles du Manitoba, Services aux Autochtones Canada ou à la bande des Premières Nations pertinente aux fins d'administration et d'exécution de ce programme.
5. Les renseignements personnels et médicaux personnels me concernant sont protégés par la Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée et la Loi sur les renseignements médicaux personnels du Manitoba. L'utilisation ou la divulgation de ces renseignements, pour des fins autres que celles énoncées ci-dessus, doit être autorisée par moi ou permise en vertu de ces lois. Pour toute question au sujet de la collecte de ces renseignements, veuillez communiquer avec le programme Bébé en santé en téléphonant à Winnipeg au 204 948 7368 ou sans frais au 1 877 587 6224.

4^e partie – Signatures et déclaration (IMPORTANT pour une demande complète)

Vous devez signer cette section, ainsi que votre conjoint ou votre conjointe (le cas échéant), si vous voulez recevoir des allocations prénatales du Manitoba.

Remarque : Les personnes en détention dans un pénitencier, un établissement correctionnel provincial ou un lieu de garde pour adolescents ne peuvent pas recevoir d'allocations prénatales. Est-ce que vous êtes dans cette situation?

Oui Non

Je déclare, ainsi que mon conjoint, ma conjointe, mon conjoint de fait ou ma conjointe de fait, que les renseignements fournis dans cette demande d'allocations prénatales sont véridiques, complets et exacts.

- Je comprends que je fais une demande d'allocations prénatales versée exclusivement pendant ma grossesse.

En cas d'interruption prématurée de ma grossesse, j'accepte d'avertir le personnel du programme Bébés en santé le plus tôt possible.

- Si je déménage, j'aviserai aussi le personnel du programme Bébés en santé sans tarder.
- Je comprends qu'en cas de déclaration fautive ou inexacte de ma part, de la part de mon conjoint ou de la part de ma conjointe, le gouvernement du Manitoba peut récupérer le montant de toutes les allocations versées.

Signature de la demandeuse _____ Date _____
mois/jour/année

Signature du conjoint ou de la conjointe _____ Date _____
mois/jour/année

**Veillez envoyer votre demande dans l'enveloppe fournie à :
Bébés en santé Allocations prénatales du Manitoba
114, rue Garry, bureau 100
Winnipeg (Manitoba) R3C 4V4**

AVEZ-VOUS PENSÉ À :

- Joindre l'attestation du médecin indiquant la date prévue de la naissance du bébé?
- Signer toutes les déclarations de consentement (cases bleues) pertinentes?
- Répondre aux questions 1 à 13?

Also available in English.

Disponible en d'autres formats, sur demande.